

УДК 616.89-08+614.253.83

*В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова, А.В. Абрамов, И.В. Жигулина, Г.Г. Пуятин***ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ НЕДОБРОВОЛЬНЫХ МЕР И РИСКА ПРИЧИНЕНИЯ ВРЕДА БОЛЬНОМУ ПРИ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: этико-правовые подходы, психиатрическое вмешательство

Законом Украины о психиатрической помощи [1] предусмотрено право пациентов на безопасное оказание им психиатрической помощи, уважительное и гуманное к ним отношение, исключающее унижение человеческого достоинства (ст. 25). Отмечено также, что при оказании психиатрической помощи врач-психиатр должен помимо своих профессиональных знаний руководствоваться медицинской этикой (ст.27).

Конституция Украины [2] среди основных прав и свобод человека закрепляет: право на охрану здоровья и медицинскую помощь (ст. 49), право на уважение достоинства личности (ст. 28), право на свободу и личную неприкосновенность (ст. 29), право на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства (ст. 33), право на безопасное для жизни и здоровья окружение и на возмещение причиненного нарушением этого права вреда (ст.50). Всеми этими правами человек наделен с рождения, они являются естественными и неотъемлемыми. Ничто не может быть основанием для умаления этих прав. Однако в случае принудительной (недобровольной) госпитализации пациента в психиатрический стационар самым непосредственным образом нарушаются вышеперечисленные субъективные права человека. Умалются достоинство личности, его личная неприкосновенность, человек лишается возможности свободно перемещаться [3].

Между тем, психиатрическая помощь в силу известных причин не может в полной мере исключить использование различных форм принуждения и ограничения. Поэтому клиническая практика насыщена большим количеством стигматизирующих факторов и этико-правовых коллизий, решение которых представляет значительные трудности, из-за невозможности установления баланса между стремлением защитить права пациентов и необходимостью оградить общество от социально опасных поступков больных. И, несмотря на то, что законом предусмот-

рен минимально допустимый уровень ограничительно-изоляционных мер, их применение связано с рядом неблагоприятных последствий для жизнедеятельности больных [4 - 8].

К числу недостаточно разработанных с точки зрения их клинического использования и контроля законности действий и решений медицинского персонала относятся и меры недобровольного психиатрического вмешательства. Такая практика не имеет надежной опоры на объективные показатели и осуществляется, как правило, с серьезными этико-правовыми ошибками [9].

В современных условиях назрела необходимость в выделении и систематизации неблагоприятных феноменов, сопутствующих психиатрическому вмешательству, и в разработке рекомендаций, направленных на их преодоление и более рациональное использование недобровольных форм психиатрической помощи.

Этико-правовые особенности недобровольных процедур психиатрического вмешательства

Ситуация психиатрического вмешательства представляет собой специфическую проблемную ситуацию, включающую совокупность патогенных стрессогенных факторов. Наибольшую стрессогенную нагрузку для пациента представляет ситуация, требующая принятия в отношении него законодательно установленных недобровольных мер (недобровольное освидетельствование врачом психиатром, недобровольная госпитализация и лечение в психиатрическом стационаре, применение изоляции и физического стеснения).

Законом предусмотрено, что никакое психиатрическое вмешательство не может быть произведено против или независимо от воли пациента, за исключением случаев, когда вследствие тяжелого психического расстройства пациент лишается способности решать, что является для него благом, и когда без такого вмешательства с высокой вероятностью может последовать серь-

езный ущерб самому пациенту или окружающим. Применение психиатром в этих случаях недобровольных мер необходимо и морально оправдано, но допустимо лишь в пределах, которые определяются наличием такой необходимости.

Отдельного рассмотрения заслуживают случаи отказа больных от психиатрической помощи, целесообразность которой не вызывает у врача сомнений. Такой отказ представляет собой нежелательное явление, поскольку может привести к неблагоприятным последствиям: обострению и прогрессированию психических расстройств, нарастанию их тяжести и продолжительности, увеличению частоты приступов, существенному снижению вероятности благоприятного исхода, нарушению социальной адаптации, к временной или стойкой утрате нетрудоспособности и т.п. В данной ситуации, врач может поступить двояко: либо принять отказ, уважая право пациента на добровольное решение, если оно исходит от лица, способного понимать последствия своего действия, либо вопреки желанию больного оказывать ему помощь в недобровольном порядке, если на то имеются законные основания. Но прежде чем принять то или иное решение, врачу следует выяснить мотивы отказа. Это даст ему дополнительную возможность оценить уровень компетентности пациента и откроет путь к поиску согласия.

Причины отказа больного от психиатрической помощи могут быть или болезненно обусловленными, или вполне реальными: например, недостаточная информированность о состоянии психического здоровья, о течении болезни, об условиях и методах лечения; опасение получить «ярлык» психически больного, оказаться на учете у психиатров, подвергнуться социальным ограничениям, потерять уважение окружающих; негативное отношение к лекарственной терапии вообще или к назначенному препарату в частности; боязнь побочных явлений и осложнений, особенно при наличии собственного печального опыта; страх возникновения зависимости от психотропных препаратов; нежелание терпеть неудобства, связанные с пребыванием в психиатрической больнице; неуверенность в успехе лечения, наконец, недоверие к лечащему врачу или к данному лечебному учреждению.

Отказа от психиатрической помощи по перечисленным мотивам в большинстве случаев удается избежать благодаря активной, профессионально грамотной и добросовестной работе врача с пациентом и его ближайшим окружением,

т.е. посредством налаживания отношений терапевтического сотрудничества.

Умение установить контакт, объяснить, предупредить, успокоить, убедить составляет искусство проведения беседы как при получении согласия больного на лечение, так и в процессе преодоления отказа от помощи. Чем лучше владеет психиатр этим искусством, тем меньше вероятность отказа. Важно только, чтобы в числе средств влияния на пациента не было насилия, угроз и обмана. Если же доводы врача не приводят к желаемому результату, то врачу остается лишь признать свое поражение и принять добровольный отказ, как того требует закон.

Следовательно, альтернативой насилию является не пассивность и самоустранение врача, а тактика «активного ненасилия», поиск взаимопонимания, мобилизация всех имеющихся ресурсов.

Иная тактика допустима лишь при наличии у больного тяжелых психических расстройств, когда мотивы его отказа от помощи носят патологический характер (бред, анозогнозия и т.п.) и когда отсутствие медицинской помощи чревато серьезным ущербом для самого больного и окружающих. Тогда применяются недобровольные меры и отказ больного преодолевается принуждением.

В этико-юридическом плане, недобровольная госпитализация является типичной «проблемной ситуацией», поскольку пациенту здесь должны быть обеспечены специальные гарантии защиты его гражданских прав. Очевидно, что недобровольная госпитализация имеет место в отношении лиц с глубокими психическими расстройствами, серьезно нарушающими способность суждений, оценку реальности и поведение. Защита и гарантии гражданских прав таких лиц осуществляются с помощью юридическо-процессуальных механизмов. Во-первых, потенциально право на добровольное лечение признается за каждым больным, т. е. в любом случае госпитализации врач обязан сначала (за исключением юридически определенных случаев недееспособности) испросить «согласие больного». Во-вторых, за больным, госпитализированным недобровольно, остается право (когда его психическое состояние изменится) перейти в другой морально-юридический статус - как находящегося на добровольном лечении. И тогда его «несогласие на лечение» может автоматически повлечь за собой выписку из стационара. В-третьих, любой случай недобровольного помещения какого-то больного в психиатрическую

больницу может быть только в строгих рамках законности, принятых всем международным сообществом.

К сожалению, процедура недобровольного психиатрического вмешательства имеет больше трудных и даже практически неразрешимых ситуаций, связанных с этико-правовыми подходами к решению проблемы защиты суверенных прав пациента без ущемления права общества на собственную безопасность. Среди множества, возникающих в этой связи вопросов можно выделить следующие: Является ли недобровольная госпитализация благодеянием, стремлением помочь пациенту в осуществлении его важнейших и законных интересов? Оправдана ли с этической точки зрения процедура недобровольной госпитализации в психиатрический стационар, включающая такие составляющие как: угроза насилия ! фрустрация ! принудительная госпитализация ! изоляция ! физические ограничения ! стигматизация ! самостигматизация ! дискриминация? Всегда ли при недобровольной госпитализации проводится адекватная (доказательная) оценка тяжести психических расстройств, риска социальной опасности больного? Имеется ли в арсенале методов психиатрической помощи реальное средство предотвращения этой опасности, альтернативное принудительной госпитализации? Превышает ли благо, которое получит пациент при неотложной госпитализации, ущерб, причиненный этим «терапевтическим» насилием?

Основания и порядок применения недобровольных мер при разных видах психической помощи подробно регламентированы законом. Остановимся на некоторых моментах, важных с этической точки зрения.

Во-первых, недобровольными считаются медицинские меры, применяемые не только к пациентам, возражающим против психиатрического вмешательства, но и к тем, кто неспособен понять происходящее. Если в первом случае больной (например, с систематизированным бредом) после получения необходимой информации намерено не дает согласия на психиатрическую помощь или выражает отказ от нее, то во втором случае мнения больного вообще не спрашивают и информации ему не предоставляют ввиду явной нецелесообразности таких действий (например, при помрачении сознания или глубоком слабоумии). Указанные различия отражают различия в механизмах и степени некомпетентности пациентов, что необходимо учитывать при осуществлении недобровольной помощи.

Во-вторых, наличие показаний для недобровольной помощи не только дает врачу право на психиатрическое вмешательство, но и обязывает его к этому. Являясь исключением из общего правила добровольности, недобровольная помощь не исключается из сферы морали.

Этическим основанием для недобровольной помощи являются защита пациентов от опасности, которой они подвергаются вследствие болезни, обеспечение их прав на получение адекватной медицинской помощи, на восстановление здоровья и благополучия; защита общества от опасных действий психически больных. Однако, если последняя позиция не вызывает возражений (общество нужно защищать от возможного причинения ему вреда), то различные формы принуждения (насилия) слабо ассоциируются с возможностью адекватной медицинской помощи и благополучием пациента.

Даже в случаях безошибочности врачебных заключений о необходимости принудительных мер (при отсутствии четких критериев для констатации такой необходимости вероятность ошибки велика) такая форма психиатрического вмешательства, насильственное интернирование пациента в психиатрическую больницу само по себе является грубым вмешательством в судьбу больного, преумножающим риски для его последующей жизнедеятельности. Такие меры могут быть приняты только после того, как врач-психиатр исчерпал весь ресурс необходимых профессиональных умений; направленных на формирование сотрудничества, партнерских взаимоотношений и комплайенса.

В-третьих, существенной особенностью, отличающей психиатрию от других медицинских дисциплин, является применение к некоторым категориям больных недобровольных мер – принуждения и даже насилия. Недобровольное оказание помощи заключает в себе глубокое и напряженное противоречие между, с одной стороны, необходимостью применения медицинских мер к лицам, которые в силу своего болезненного состояния представляют опасность или не осознают грозящего им вреда, и, с другой стороны, их отказом от предлагаемой медицинской помощи.

Возможность принуждения, прямого или косвенного, создает вокруг психиатрии пугающий ореол, вызывает недоверие общества, но уже не к душевнобольным, а к психиатрам и порождает у граждан естественное стремление оградить себя от необоснованного вмешательства в свою жизнь. И если отказ от принуждения в психиат-

рии нереален до тех пор пока существуют тяжелые психические расстройства, то установление социального контроля за применением насильственных мер вполне достижимо.

Таким образом, задачей психиатрической этики является ограничение сферы принуждения при оказании психиатрической помощи до пределов, определяемых медицинской необходимостью, что служит гарантией соблюдения прав человека. Из разрешенных законом недобровольных мер (недобровольное освидетельствование, установление диспансерного наблюдения, недобровольная госпитализация и лечение в психиатрическом стационаре, применение физического стеснения и изоляции) в каждом индивидуальном случае и в каждый данный момент времени следует выбирать только те, которые при наименьшем ограничении, наименьшем насилии достаточны для оказания адекватной помощи больному. Переход от большего принуждения к меньшему и от недобровольной помощи к добровольной даже в трудных клинических ситуациях следует рассматривать как вероятную и желательную перспективу.

Проблема принудительного психиатрического вмешательства (освидетельствования, госпитализации и др.) является частью проблемы защиты прав и свобод человека, так как его последствия связаны с возможным ограничением таких прав, как право на свободу, свободное передвижение, личную неприкосновенность, достоинство и другое.

Помимо Закона Украины о психиатрической помощи, процедуры недобровольных форм психиатрической помощи нашли свое закрепление и в ГПК Украины (гл. 10, ст. 279-282), поэтому решение этого вопроса в нашей стране осуществляется в порядке гражданского судопроизводства.

Решение о принудительной госпитализации больного в психиатрический стационар принимает суд, на основе заключения врачей-психиатров. Критерием юридически безупречного решения и недобровольной госпитализации является профессионально грамотные действия участников судебного процесса в рамках своей компетенции и соблюдение предусмотренной законом процедуры рассмотрения дела с использованием доказательных данных. В компетенцию врачей психиатров входит определение тяжести психического расстройства и соблюдение предписанных законом процессуальных требований. Компетенция суда гораздо шире, она включает: а) ограничение права на свободу пациента; б)

оценка его способности сформировать осознанное волеизъявление; в) определение степени угрозы правам пациента; г) определение социальной опасности больного; д) определение обоснованности требования лечебного учреждения о недобровольном психиатрическом вмешательстве; е) предоставление пациенту права на защиту.

Принятие судом решения о принудительном психиатрическом вмешательстве основывается на фактических данных (доказательствах), которые содержат информацию относительно предмета доказательства. Каждая сторона (представитель психиатрической больницы и пациент (его законный представитель)), в соответствии со ст. 60 ГПК Украины, обязана доказать те обстоятельства, на которые она ссылается как на основание своих требований и возражений. В частности, при ходатайстве лечебного учреждения о недобровольной госпитализации больного доказыванию подлежат:

1. Наличие у пациента тяжелого психического расстройства по следующим критериям:

- утрата способности адекватно осознавать окружающую действительность;
- утрата способности адекватно осознавать свое психическое состояние;
- утрата способности адекватно осознавать свое поведение.

2. Факт совершения или наличия реальных намерений совершить действия, которые представляют собой непосредственную опасность для пациента или окружающих.

3. Факт невозможности пациента самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности на уровне, которые обеспечат его жизнедеятельность.

4. Возможность причинения значительного вреда своему здоровью в связи с ухудшением психического состояния в случае не оказания ему психиатрической помощи (только в случаях недобровольного психиатрического освидетельствования и недобровольной амбулаторной психиатрической помощи).

5. Наличие связи между тяжестью психического расстройства и повышенным риском совершения общественно опасных действий.

6. Наличие способности выразить осознанное волеизъявление и согласие на психиатрическое вмешательство.

7. Наличие достаточных материальных и процессуальных оснований для вынесения судебного решения о недобровольной госпитализации больного.

Согласно вышеприведенным критериям, процедура недобровольной госпитализации должна осуществляться только в отношении больных с тяжелыми психическими расстройствами. Эти критерии ассоциируются с невозможностью выразить подлинно добровольное согласие на психиатрическое вмешательство. Однако в реальной клинической практике значительное количество таких больных госпитализируется в психиатрические отделения закрытого типа на основании «добровольного» согласия. Тем самым искажается значение принципа добровольности при оказании психиатрической помощи и возникает трудно преодолимая этическая коллизия между правом больного и возможностью его осуществления. Решение подобных коллизий в правовом поле возможно только при неукоснительном соблюдении предусмотренных законом критериев недобровольной госпитализации, в частности, наличия тяжелого психиатрического расстройства.

Назначение принудительного лечения является социальной, а не медицинской проблемой. Оправдание вмешательства в личную жизнь человека во имя защиты окружающих основано на концепции «риска причинения вреда другим». Риск может быть (а может и не быть) связан с заболеванием или способностью пациента принимать решения, касающиеся лечения. Трудно-разрешимой задачей является объективизация степени вероятности риска совершения социально опасных действий. Обычная практика решения этих вопросов с неизбежностью порождает большое количество ложных решений, которые приводят к насильственным санкциям в отношении пациентов, которые никогда бы не совершили актов насилия.

В реальной психиатрической практике установление социальной опасности больного базируется на оценке клинических и поведенческих характеристик больного или клиническом впечатлении врача-психиатра, а суд лишь принимает к сведению мнение врачей, удостоверяющих соответствие ей конкретного случая. Однако клинический критерий (особенности и тяжесть психического расстройства) не может быть единственным и главным критерием при оценке риска совершения больным социально опасных поступков. Нельзя утверждать, что наличие психического расстройства является предиктором актов насилия или риска причинения вреда (за исключением лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами). Поэтому упреждающая изоляция больных, мотивированная только на-

личием тех или иных психических расстройств, не может носить обоснованного и доказательно-го характера. В ряде случаев такие решения приводят к применению санкций по отношению к тем, кто потенциально не способен совершить правонарушение. Из этого следует, что оценка социальной опасности пациента, риска причинения вреда выходит за рамки клинико-психопатологического анализа и компетенции врача-психиатра. С другой стороны, ограничение гражданских прав человека, вплоть до его принудительной изоляции, допускается законом даже при определении возможности (намерения) совершить общественно опасное действие. Однако адекватное использование этой нормы затруднено из-за неясной смысловой нагрузки понятия «возможность», а также субъективной, непрофессиональной, а, следовательно, недостоверной оценке «опасного» для окружающих поведения. А если нельзя доказать, что пациент социально опасен, значит он опасности не представляет (презумпция социальной безопасности).

С целью повышения объективности и достоверности судебных решений о принудительной госпитализации необходима разработка интегративной (биопсихосоциальной) модели «риска причинения вреда» или «вероятности социально опасных действий» (при всей сложности критериев такого рода прогнозирования). Такая модель позволит объективно (квантификационно) оценить уровень опасности пациента, с большей обоснованностью определить показания к добровольной или недобровольной госпитализации, адекватнее защищать права и интересы общества и конкретного пациента, а также контролировать эффективность мероприятий, направленных на снижение риска причинения вреда пациенту и окружающим.

В контексте решения вопроса о принудительной госпитализации в психиатрическую больницу необходимо предоставление пациенту предусмотренных законом процессуальных защит, на которые он мог бы рассчитывать в случае его недобровольной госпитализации, в частности, на судебное слушание с участием адвоката. Разрешая спор по делу о принудительной госпитализации гражданина в психиатрическую больницу, суд осуществляет контроль за законностью действий и решений должностных лиц лечебного учреждения по отношению к пациенту. Заявитель (представитель лечебного учреждения) заинтересован в обеспечении безопасности здоровья других членов общества, а гражданин, подлежащий, вопреки его желанию, госпита-

лизации, отстаивает в судебном процессе свое личное право, свой личный интерес, который состоит в недопущении его госпитализации без его согласия на это, так как считает, что отсутствуют установленные для этого в законе основания, и помещение в это учреждение против его воли повлечет нарушение его прав и свобод, в частности, права на свободу и личную неприкосновенность.

Однако предусмотренная Законом процедура недобровольного психиатрического вмешательства не исключает ни формального подхода, ни бездоказательных и необоснованных судебных решений, грубо нарушающих основные принципы оказания психиатрической помощи и права больных на защиту своих прав, свобод и законных интересов.

В частности, распространенная тенденция уменьшить количество инициаций судебных процедур недобровольной госпитализации, добываясь согласия на госпитализацию, свидетельствует о распространенной практике фальсификации добровольности и фактическом отказе от лечения пациентов на основе подлинно добровольного согласия. Тем самым выхолащивается смысл фундаментального принципа современной психиатрии, основанного на идее активного участия пациента в процессе своего лечения. Кроме того, лечение пациента, не желающего давать своего добровольного согласия, может быть квалифицировано самим пациентом как насилие и может таким являться в случае отсутствия адекватного судебного механизма контроля за недобровольной госпитализацией. В таких случаях отсутствуют основания утверждать, что суды, ориентируясь на мнение врачей психиатров, выносят независимые решения. Наиболее типичные недостатки и ошибки при решении вопроса о недобровольных формах психиатрического вмешательства, сводятся к следующему:

1. Отсутствие стандарта юридически значимого согласия пациента на госпитализацию в психиатрический стационар, отражающего оценку понимания пациентом клинических и социальных рисков, выгод госпитализации и имеющихся альтернатив.

2. Признание за больными с тяжелыми психическими расстройствами, по формальным характеристикам идентифицируемыми с недееспособными, способности к осознанному добровольному согласию на госпитализацию в психиатрическую больницу. Использование различных форм принуждения (от «тонких манипуляций» до требований) при получении согласия у больных, не способных его выразить.

3. Отсутствие доказательной базы при вынесении судом решений о принудительном психиатрическом вмешательстве. Использование описательных критериев и субъективных впечатлений в качестве доказательной базы при оценке тяжести психического расстройства и степени риска совершения больным социально опасных действий.

4. Проведение освидетельствования больно-го одним врачом без непосредственного участия других членов комиссии. Подписанное при этом заключение не может быть положено в основу решения суда о санкционировании госпитализации.

5. Практика вынесения заочных судебных решений без участия в судебном заседании всех сторон процесса (в т.ч. самого госпитализированного и врача психиатра). В результате суд не устанавливает ни материальной, ни процессуальной законности принудительной госпитализации, а пациент не имеет возможности реализовать свою обязанность как субъекта гражданского судопроизводства доказывания отсутствия достаточных оснований к принудительной госпитализации.

6. Изоляция пациентов, способных дать добровольное осознанное согласие на госпитализацию, исключаящую принуждение.

7. Непредставление недобровольно госпитализированным копии судебных решений по их делам, в связи с чем они не имеют возможности обратиться в суд кассационной инстанции. Отказ должностных лиц предоставить в полном объеме предусмотренные Конституцией Украины процедурные защиты пациента, который лишается свободы.

8. Преобладание патерналистических форм оказания психиатрической помощи, исключаящих возможность сотрудничества пациента с медицинским персоналом и возможность его активного участия в реабилитационном процессе при недобровольной госпитализации.

Таким образом, закрепленный в Законе порядок недобровольных форм психиатрического вмешательства не гарантирует конкретному пациенту независимость и самооценку его личности и, тем более, - «свободу для всех». Произвол (несправедливость) при решении этих вопросов заключается в принятии недостаточно обоснованных как с точки зрения общечеловеческих ценностей, так и с точки зрения правового регулирования судебных решений. При формальном соблюдении судебной процедуры, без глубокого анализа представленных материалов, их объективизации и создания доказатель-

ной базы суд выступает не как механизм контроля и защиты личности от произвольного лишения свободы и злоупотреблений, а как инструмент незаконной изоляции (лишения свободы) лиц, страдающих психическими расстройствами. Правовой механизм процедуры недобровольных мер при оказании психиатрической помощи заключается в следующем:

Психиатрический осмотр

Основания:

- наличие сведений, дающих достаточные основания для обоснования предположения о наличии у лица тяжелого психического расстройства;

- наличие у лица реальных намерений совершить действия, представляющие непосредственную опасность для него или окружающих;

- пациент не в состоянии самостоятельно удовлетворить свои основные жизненные потребности на уровне, который обеспечивает его жизнедеятельность;

- пациент причинит значительный вред своему здоровью в связи с ухудшением психического состояния в случае неоказания психиатрической помощи.

Процедура:

- предоставление заявления (как правило, в письменной форме) родственников или других лиц, обосновывающих необходимость психиатрического осмотра;

- при наличии законных оснований для проведения психиатрического осмотра врач-психиатр направляет в суд материалы (заявление, заключения) о необходимости такого осмотра (в неотложных случаях решения о проведении психиатрического осмотра пациента без его осознанного согласия или согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром самостоятельно и психиатрический осмотр проводится им немедленно);

- по решению суда врач-психиатр проводит психиатрический осмотр.

Госпитализация в психиатрический стационар

Основания:

1. Необходимость обследования и лечения только в психиатрическом стационаре.

2. Наличие у больного тяжелого психического заболевания.

3. Установление факта совершения или реальных намерений совершить действия, представляющих непосредственную угрозу для больного или окружающих.

4. Установление факта некомпетентности

больного или неспособности самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности на уровне, который обеспечивает его жизнедеятельность.

Процедура:

- в течение 24 часов после госпитализации пациент подлежит обязательному осмотру комиссии врачей-психиатров для решения вопроса о целесообразности госпитализации;

- в случаях признания госпитализации целесообразной лечебное учреждение в течение 24 часов направляет в суд заявление и заключение с обоснованием недобровольной госпитализации;

- в случаях, когда госпитализация больного признается нецелесообразной и он не высказывает желания оставаться в психиатрической больнице, он подлежит немедленной выписке.

Таким образом, основными критериями начала процедуры недобровольного психиатрического вмешательства являются:

1. Отсутствие способности адекватно осознавать окружающую действительность, свое психическое состояние и поведение.

2. Отсутствие способности выразить осознанное волеизъявление в отношении психиатрического вмешательства.

3. Очевидный риск совершения действий, представляющих социальную опасность.

Ниже представлены алгоритмы соблюдения этико-правовых норм при выборе условий оказания психиатрической помощи больным с тяжелыми и нетяжелыми психическими расстройствами.

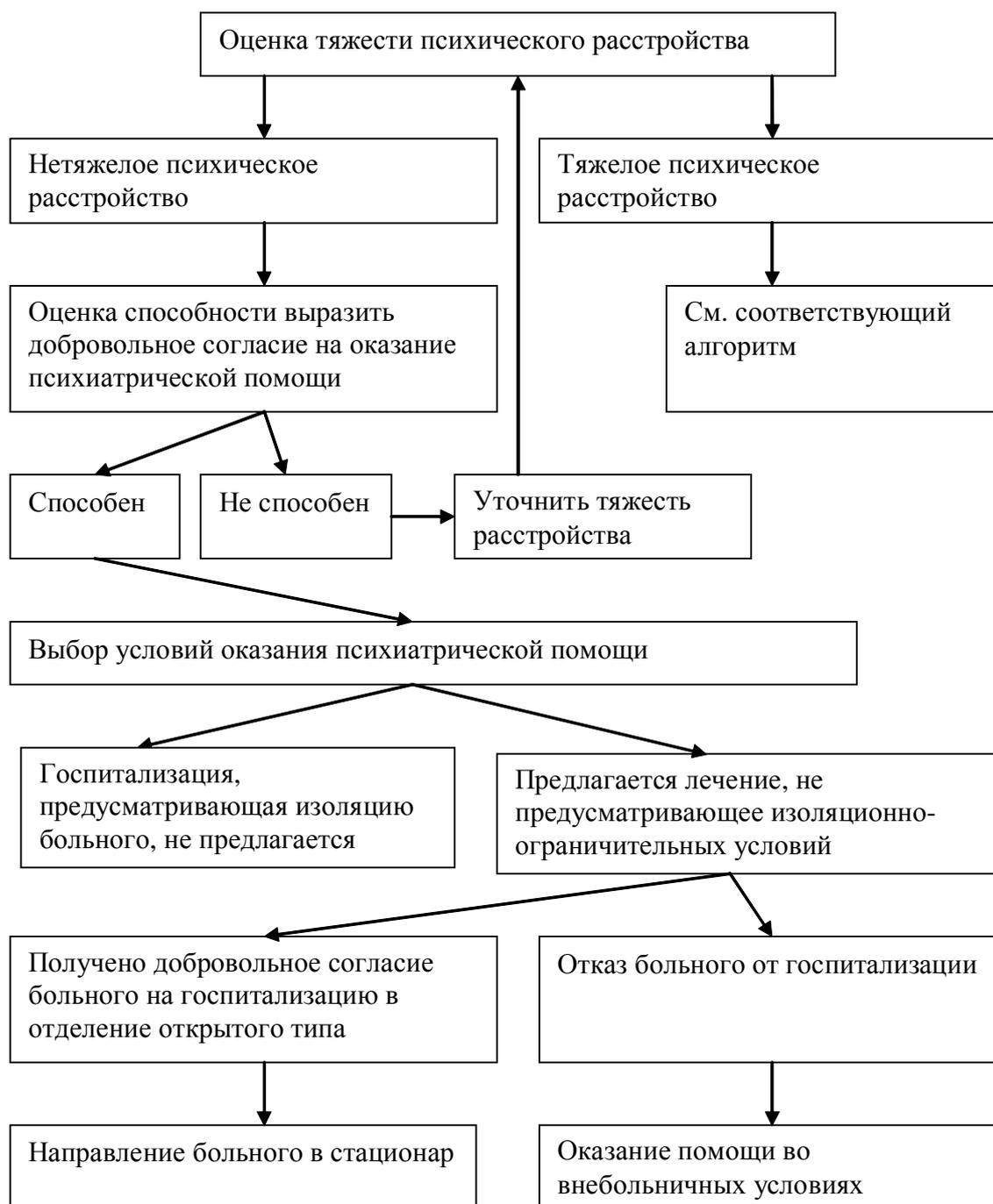
Для того, чтобы судебный механизм контроля за недобровольной госпитализацией заработал на практике, необходимо наличие беспристрастного и независимого рассмотрения судами дел о недобровольной госпитализации, объективной медицинской экспертизы состояния поступившего в стационар лица, гарантий своевременного рассмотрения судами дел о недобровольной госпитализации. При этом следует иметь в виду высокий риск формирования у пациента стигмы недобровольной госпитализации, а также то, что недобровольный характер психиатрической помощи не предполагает установления полноценных отношений партнерства, терапевтического сотрудничества и полноценного комплайенса между врачом и пациентом, а также возможности в полной мере реализации права на получение адекватной медицинской помощи.

Риски причинения вреда больному при оказании психиатрической помощи

Безопасность оказания психиатрической помощи в Законе и в клинической практике ассоциируется с предотвращением опасных деяний со стороны лиц, страдающих психическими расстройствами. Субъектом опасности здесь выступает пациент. Возможность опасных действий со стороны медперсонала, как субъекта опасно-

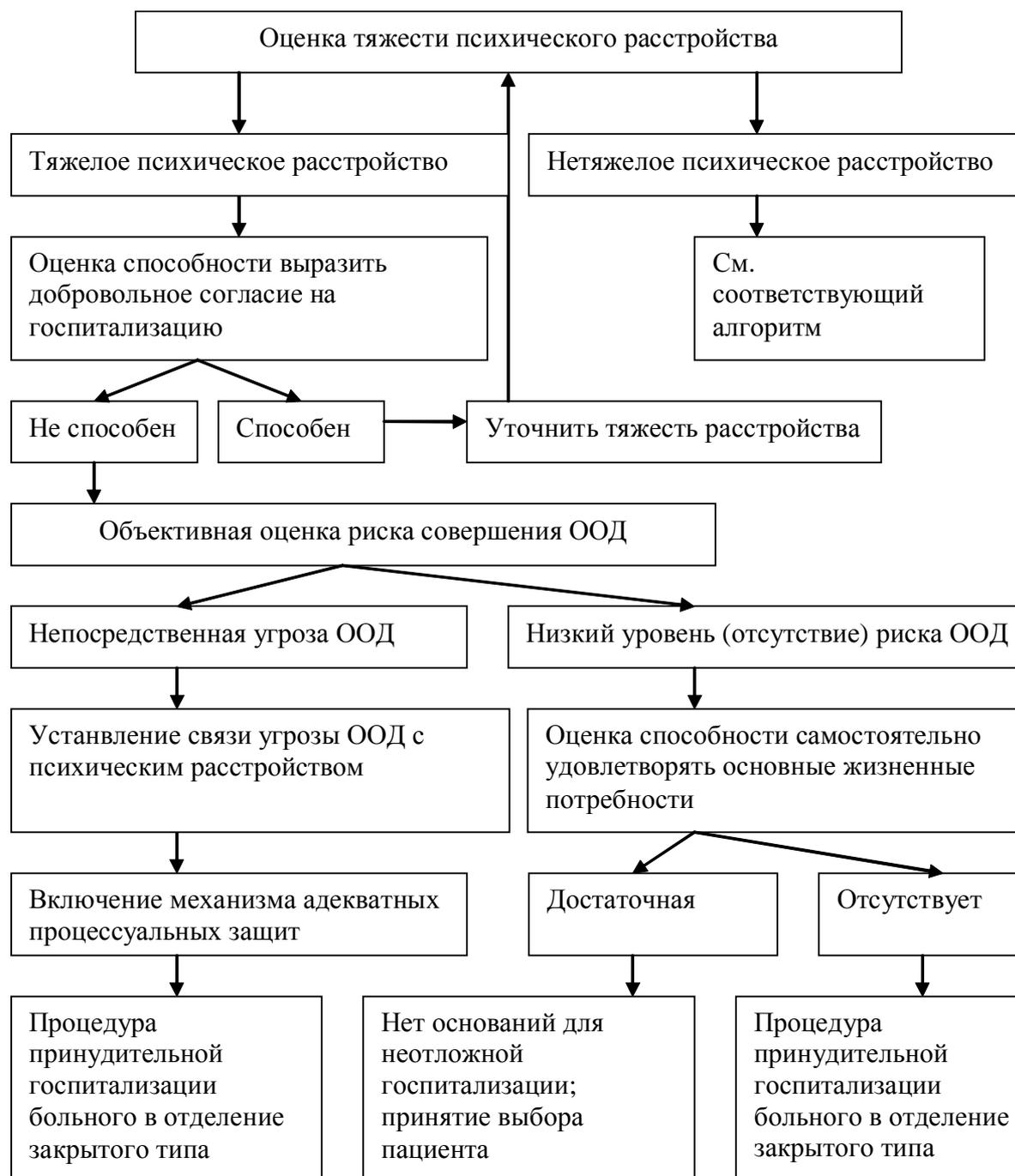
сти, законом не прописана. С другой стороны, законодательством предусмотрена компенсация причиненного вреда вследствие необеспечения безопасных условий оказания психиатрической помощи. Тем самым допускается, что последняя может представлять опасность или содержать в себе риск причинения вреда больному.

Алгоритм соблюдения этико-правовых норм при выборе условий оказания психиатрической помощи больным с не тяжелыми* психическими расстройствами



* Если тяжелое психическое расстройство трактуется в законе как расстройство психической деятельности, которое лишает лицо способности адекватно осознавать окружающую действительность, свое психическое состояние и поведение, то соответственно нетяжелое психическое расстройство предполагает сохранность вышеперечисленных способностей.

Алгоритм соблюдения этико-правовых норм при выборе условий оказания психиатрической помощи больным с тяжелыми психическими расстройствами



Одним из этических аспектов безопасного оказания психиатрической помощи является соблюдение принципа «не навреди». Этот принцип связан с необходимостью оказания психиатрической помощи в условиях «наименее ограничительной альтернативы». Эта норма также признает возможность (обязательность) причинения вреда, но предполагает минимальную его выраженность. Срабатывает ли эта норма в процессе лечения больного в психиатрическом стационаре, одной из функций которого являет-

ся изоляция больного? Как в таких случаях определить уровень ее «минимальной достаточности»? Какой уровень изоляции считать этически допустимым? Нуждаются ли в изоляции больные давшие согласие на госпитализацию? Не означает ли принцип «наименее ограничительной терапии» преимущественно амбулаторные условия оказания медицинской помощи?

Законодательством Украины предусмотрено обеспечение безопасности оказания психиатрической помощи, которая ассоциируется с а) наи-

менее ограничительными условиями ее оказания и б) мерами физического ограничения и (или) изоляции лица, страдающего психическим расстройством. Несмотря на многочисленные оговорки (только в тех случаях, формах и на то время...) законом непосредственно санкционируются различные формы социального контроля, ассоциируемого с нарушением прав пациента и грубым вторжением в его личную жизнь. Однако различные изоляционно-ограничительные меры не могут рассматриваться как инструмент безопасного оказания психиатрической помощи. Напротив, они представляют огромную опасность для морально-этических качеств и духовной сферы личности и содержат в себе риск причинения вреда больному. Наконец, трудно себе представить, чтобы все больные, содержащиеся в закрытых отделениях психиатрических больниц, представляли непосредственную опасность для себя и окружающих (критерий необходимости физического ограничения и изоляции). А если это так, то санкционируемые законодательством меры ограничительно-изоляционного характера направлены не на создание безопасных условий оказания психиатрической помощи, а на жесточайшие формы социального контроля и дискриминацию больных. Это абсолютно противоречит праву больных на уважительное и гуманное отношение к ним, исключая унижения чести и достоинства человека.

Общепринятой классификации противоправных, незаконных действий (бездействий) в сфере оказания психиатрической помощи, сопряженных с риском причинения вреда больному, не существует. Тем не менее, анализ законодательства в сфере психиатрии позволяет выделить основные виды психиатрического вмешательства, связанные с причинением непосредственного вреда больному:

- неправильная или ложная диагностика;
- ненадлежащее лечение и уход;
- разглашение врачебной тайны;
- незаконное и необоснованное заключение о психическом расстройстве;
- незаконная недобровольная госпитализация в психиатрический стационар;
- незаконный отказ от госпитализации или выписки больного из стационара.

Кроме того, содержание психиатрической помощи, особенно ориентированной на биологическое лечение, и условия ее оказания содержат ряд феноменов, которые в совокупности приводят к негативным последствиям для лич-

ности пациента и его жизнедеятельности. К ним относятся:

- субъективный опыт негативных переживаний психиатрического вмешательства;
- изоляция с надзорно-наблюдательными функциями;
- принуждение (насилие);
- стигматизация и самостигматизация, кризис идентичности личности;
- социальный контроль;
- дискриминация с ограничительными санкциями и запретами;
- нарушения прав личности, произвол при принятии решений, касающихся пациента;
- физический вред;
- патернализм;
- моральный вред.

Субъективный опыт негативных переживаний добровольного и недобровольного психиатрического вмешательства.

Одним из главных условий сохранения идентичности личности (Я-концепции) является соответствие переживаемого опыта и представлений о своем «Я». Субъективный опыт переживания ситуации, связанной с госпитализацией больного в психиатрический стационар определяется уровнем несоответствия сложившейся к данному моменту структуры идентичности изменившемуся контексту ее существования. В случае добровольной госпитализации внутриличностный конфликт, если и возникает, то по причине негативной идентификации самого факта госпитализации в психиатрическую больницу. Ощущения непосредственной угрозы насильственного разрушения (деформации) «Я» при добровольной госпитализации не возникает.

Переживание травматической для пациента ситуации недобровольной госпитализации в психиатрический стационар представляет собой патологический опыт неприятия навязываемой извне роли психиатрического пациента. Ситуация принуждения сопровождается переживаниями, которые противоречат Я-концепции, рефлексивному опыту пациента. В его сознании она отражается как реальность, существующая в пределах его субъективного восприятия и переживания.

Восприятие человека селективно и вследствие искажений, порождаемых внутренними (болезненными) мотивами, целями, установками и защитными механизмами, часто бывает неадекватным. Но то, что пациент воспроизводит (включая психопатологическую продукцию) является для него единственной реальностью,

посредством которой он может управлять своим поведением. Такой подход, неразрывно связанный с Я-концепцией, объясняет поведение больного, исходя из его субъективного поля восприятия, а не на основе аналитических категорий, навязанных окружением. Тем более, что в восприятии пациентом ситуации его позиция отражает подменную (аутентичную) реальность.

Стимульное воздействие ситуации недобровольной госпитализации сопровождается негативным самовосприятием и интериоризацией негативных оценочных суждений пациента. Эта ситуация наносит мощный стигматизирующий удар процессам личностной идентичности больного. Страдают все составляющие «Я»: экзистенциальное Я с нарушением процессов саморегуляции, самоконтроля и поведения с усилением негативизма, напряженности и враждебности; самоощущение – переживание угрозы сложившейся идентичности, дезорганизации и радикальных ее изменений; самопознание и самооценка – отражение в сознании пациента мыслей о том, что его не понимают, не правильно оценивают его поведение, игнорируют его мнение. Такой уровень рефлексии лишает больного способности адекватно действовать, усиливает настороженность, недоверие к окружающим, способность противостоять уговорам, направленным на госпитализацию. Противодействие госпитализации можно рассматривать как попытки оградить сложившуюся Я-концепцию от угрозы столкновения с таким опытом, который с ней несогласуется. Это приводит к игнорированию такого опыта и к противодействию в случае его навязывания.

Изоляция, принуждение.

Законодательством допускается применение при оказании психиатрической помощи мер изоляции и физического ограничения. Однако эти методы лишены терапевтических свойств и клинической целесообразности (страдание не должно наказываться изоляцией), несправедливы по социальным и моральным соображениям, причиняют пациенту физический и моральный вред. Основанием для их использования является социальный критерий (опасные действия пациентов), оценка которых не входит в круг обязанностей и профессиональной компетенции медицинского персонала.

При госпитализации в психиатрическую больницу пациент как субъект психиатрического вмешательства выступает и как субъект изоляции или посягательств на неприкосновенность личной жизни и достоинство личности. Изоля-

ция – это не только крайний вариант «лечебно-го» ограничения жизненного пространства, это и осознание пациентом своей неблагонадежности и полной зависимости от окружающих. Практика оказания психиатрической помощи связана с феноменами физической, социальной и психологической изоляции. Физическая изоляция нарушает право на физическую неприкосновенность (свободу) личности, выбор местопребывания. Психологическая изоляция нарушает право на неприкосновенность внутреннего мира личности, возможность самореализации, сводит многочисленные социальные роли к выполнению роли зависимого пациента. Социальная изоляция предполагает сужение пространства активной жизни личности, ее пребывание в «агрессивной» социальной среде, а также постепенное дистанцирование пациента от системы его поддержки (друзья, родственники, соседи) и самоизоляцию от окружающих. Пребывание в условиях изоляции исключает возможность сотрудничества с пациентом как главным условием его реабилитации и социальной интеграции.

Принуждение (притеснение) в психиатрической практике – это умышленное или санкционированное законом и традициями, или противоправное воздействие на пациента, осуществляемое путем физического или (и) психического насилия с целью заставить его или совершить какие-либо действия, либо воздержаться от их совершения. Диапазон принуждения достаточно широк – от ситуаций получения «суррогатного согласия» и недобровольного освидетельствования психиатром и госпитализации в психиатрическую больницу до механической фиксации и принудительного введения лекарств.

Способы осуществления принуждения – насилие и угроза его применения. Насилием охвачены многие формы психиатрического вмешательства. Но в любом случае принуждение подавляет волю и может повлечь причинение вреда здоровью, ограничение свободы волеизъявления или действий пациента.

Вербальное насилие – уговоры дать добровольное согласие, назидательный тон, оскорбительные выражения, обезличенность обращения.

Физическое насилие – умышленное неправомерное причинение физического вреда пациенту вопреки (против) или помимо его воли. Физическое принуждение включает в себя не только физическое воздействие на телесную неприкосновенность пациента, но и иные действия,

ограничивающие либо лишаящие его возможности действовать по своему усмотрению. Так, незаконная изоляция пациента в психиатрический стационар может выступать в качестве непреодолимого физического принуждения, а методы физического ограничения – как физическое насилие.

Психическое насилие (устрашение) – отражается в осознаваемых переживаниях угрозы принудительных мер психиатрической помощи. Угроза таких мер может проявляться со стороны медицинского персонала словесно, жестами, действиями, соответствующей обстановкой (присутствие в санпропускнике сотрудников милиции, запугивания применением насилия, попытки окружающих добиться согласия на госпитализацию и т.п.). Наиболее травматичной особенностью таких ситуаций являются переживания беспомощности, зависимости, унижения человеческого достоинства.

Эмоциональное насилие – грубое, жестокое отношение к пациенту, его обесценивание, внушение чувства собственной вины, игнорирование его потребностей и интересов. При низкой толерантности к стрессу, низкой способности эффективно противостоять различным формам принуждения и конструктивно с ними справляться больные теряют контроль импульсивности, способность принимать и адекватно реализовывать свои решения.

Физический вред.

Риски для физического здоровья пациента, госпитализированного в психиатрическую больницу, связаны с побочными эффектами от использования биологических методов лечения, гиподинамией и с мерами физического воздействия.

Гипотетические причины многих психических расстройств позволяют врачу-психиатру проводить лишь симптоматическую терапию, направленную на «купирование» асоциального поведения, патологических проявлений различных психических процессов. К классическим методам симптоматической терапии относятся шоковые методы и фармакотерапия. Шоковые методы, особенно электро-судорожная терапия, сопровождается многочисленными негативными последствиями (а не побочными эффектами) для здоровья пациентов. Помимо значительного повышения артериального давления и частоты сердечных сокращений, это хронические нарушения долговременной памяти и глобальные когнитивные нарушения. Поэтому во всех случаях назначение ЭСТ связано с оценкой соотно-

шения риск-польза.

Симптоматическое фармакологическое лечение сопровождается нейротоксическим воздействием (химическое стеснение) и на внутренние органы: генерализованное торможение мозговой активности, нейролептические побочные эффекты (мышечные спазмы, дрожание конечностей, заторможенность, дискинезии), вегетативные и эндокринные дисфункции (задержка мочеиспускания, снижение артериального давления, полового влечения, нарушения менструального цикла, увеличение массы тела) и др.

Меры физического сдерживания (ограничения, усмирения).

Меры физического сдерживания (мягкая вязка, фиксация и т.п.) по определению и по их «оздоравливающему» эффекту никакого отношения к лечебным методам не имеют. Тем не менее, их применение законодательно разрешено, так как считается, что полностью от них отказаться практически невозможно. Однако любые методы физического ограничения, прежде всего облегчая работу медицинскому персоналу, причиняют существенный вред пациенту. Этот вред проявляется контактными физическими нарушениями (ссадины, сдавливание живота, пролежни, нарушения кровообращения) и соматопсихологическими осложнениями (дефицит внимания и общения с пациентом, сенсорная депривация, гиподинамия, моральная травма и т.п.). Тем не менее, несмотря на необходимость постоянного контроля за их использованием больной не информируется о возможности их применения, нередко эти меры назначаются не врачом, а медицинской сестрой и осуществляются без должного контроля со стороны врача и фиксации в медицинской документации. Фактически отсутствует возможность контролирования обоснованности, длительности и корректности мер физического сдерживания. У пациентов и их законных представителей ограничены или полностью отсутствуют возможности оспаривать назначение таких травматических методов.

Стигма «девианта» и социальный контроль.

Социальный контроль как совокупность норм и ценностей общества, является важным аспектом психиатрической помощи. Он предусматривает для своего осуществления определенные санкции или усилия окружающих (в т.ч. медперсонала), направленные на предотвращение девиантного поведения больных или его коррекцию с целью достижения более высокого уровня их социализации и регуляции выполнения

стандартов, сложившихся в обществе.

Девиации как отклонения поведения от определенной групповой (социальной) нормы в психиатрической практике рассматриваются как в рамках «медицинской модели» (причина девиантного поведения – психическое расстройство), так и как результат стигматизирующего отношения к пациентам, присвоения им статуса аутсайдеров и соответствующего с ними обращения.

Это обращение нередко приобретает характер санкций или различных форм социального контроля по отношению к больному, которые лежат в основе процесса «вживания» в образ девианта или ролевого поглощения этим статусом. Выраженность проявлений девиантной идентичности основывается на многих факторах. Наиболее важным среди них является то, как долго и с какой интенсивностью окружающие навязывали пациенту данную идентичность, а также его способность оказывать сопротивление ролевому поглощению. Так, в процессе длительного пребывания в стигматизирующих условиях психиатрической больницы происходит постепенное «вколачивание» больного в образ девианта. В конечном счете, это заканчивается навязыванием ему девиантной идентичности, ролевым поглощением с утратой способности оказывать сопротивление этому процессу.

Выделяют два типа социального контроля: формальный и неформальный. Формальный социальный контроль связан с государственными гарантиями обеспечения психиатрической помощи и социальной жизни людей с психическими расстройствами. Неформальный контроль предполагает локальные меры контролирующего поведения медперсонала, в основе которых лежит субъективное неодобрение поведения пациента.

В непосредственной психиатрической практике используется несколько методов социального контроля с постепенным ослаблением контролирующей нагрузки:

1. Изоляция – отлучение девианта от других; попытки его реабилитации не предусматриваются;

2. Обособление – неполная изоляция от общества, ограничение контактов девианта с другими людьми; сохраняется возможность вернуться в общество;

3. Реабилитация – подготовка к возвращению к нормальной жизни и исполнению своих ролей в обществе;

4. Социальная интеграция – возвращение в сообщество.

Моральный вред.

Многие компоненты психиатрической помощи вызывают у пациентов негативную реакцию в виде душевных страданий. Сама по себе необходимость обращения за психиатрической помощью приводит к переживаниям стыда, позора, обиды, несправедливости, унижения достоинства, то есть наносит серьезный ущерб ведущим моральным ценностям личности, входящим в ее мировоззрение, в систему личностных смыслов, способствует в дальнейшем формированию кризиса идентичности с высокой вероятностью девиантного, в т.ч. суицидального поведения.

Человек, попавший в психиатрическую больницу, испытывает экзистенциальные чувства тревоги, вины, страха, утраты свободы действовать (осуществлять выбор) и свободы быть (чувства бытия, идентичности, автономии), безнадежности. Эти нравственные страдания относятся к духовной сфере человека (душевный дисбаланс), затрагивают внутренний мир личности. Содержание этих переживаний находит отражение в понятии «моральная травма» («моральный вред»). При оказании психиатрической помощи он может выражаться в моральных переживаниях в связи с фактом госпитализации (изоляции) в психиатрическую больницу, установлением психиатрического диагноза, «агрессивной» средой отделения (в части соблюдения прав и ценностных подходов к пациенту), нарушениями нормальных жизненных связей, невозможностью продолжения активной общественной жизни, зависимой позицией и другими факторами морального характера.

Моральная травма – это событие, ставшее причиной вреда, который определяется как моральный. Это вид вреда сопровождается моральными переживаниями (страданиями), представляющими собой результат посягательств на основные нематериальные жизненные блага больного. Предпосылкой для моральных страданий при оказании психиатрической помощи множество: принуждение, изоляция, меры физического стеснения, стигматизация, дискриминация и т.п. Моральные травмы возникают при сочетании проявлений жестокого обращения и унижения личного достоинства больного и наносят серьезный ущерб ведущим моральным ценностям личности, входящим в ее мировоззрение, систему личностных смыслов. Содержанием нравственных страданий, как особой формы функционирования сознания в пределах пострадавшего жизненного отношения (например, права на свободу и возможность волеизъявления),

являются страх, стыд, обида, унижение, тревога, несправедливость, возмущение, безнадежность, переживания стеснения свободы, утраты автономии и дискомфорта личности.

Содержание больных в стационарных условиях (особенно длительное) порождает сложный комплекс реципрокных отношений между самим заболеванием, личностью, жизненными событиями и социальной поддержкой. Качество жизни «среднестатистического» пациента обще-психиатрического отделения характеризуется широким диапазоном неудовлетворенности различными сферами жизни, ущербностью, социальной незащищенностью и уязвимостью.

Однообразие и «тусклость» жизненных событий в условиях изоляции снижают самооценку больных, формируют такие качества, как «отстраненность», покорность судьбе, ослабляют внутренние ресурсы преодоления проблем. Патерналистические отношения персонала и недостаток социальной поддержки способствуют появлению у них феномена «заученной негибкости», представляющего собой общее нарушение социальных навыков преодоления или стратегии преодоления (*coping strategies* по L.I.Pearlin et al. 1978). По существу, для многих, особенно хронически инвалидизированных, пациентов среда их длительного обитания и жизненное пространство, с которым они постоянно соприкасаются, приобретают черты агрессивности. В этих условиях у больных наблюдается снижение «эмоциональной силы» (D.Golberg et al. 1992), формируется чувство зависимости, происходит «заталкивание» их в группу маргинальных личностей. Агрессивная социальная среда, хронические социальные затруднения и ролевые ограничения способствуют закреплению у таких больных дезадаптивных форм поведения и делают их плохо приспособленными для жизни во внебольничных условиях.

Частой причиной душевных страданий больного, связанных с оказанием ему психиатрической помощи, являются действия медицинского персонала, если они включают в себе стигматизирующую нагрузку и могут привести к деформации идентичности пациента и другим вредным последствиям для его жизнедеятельности. Вряд ли такие действия можно назвать правомерными. Скорее всего стигматизирующую тактику при оказании психиатрической помощи, связанную с причинением вреда здоровью пациента, следует считать ятрогенной, а сформиро-

ванный у него кризис идентичности – ятрогенным исходом психиатрической помощи.

Как известно, ятрогения – это нежелательные (неблагоприятные) последствия врачебной деятельности, это причинение вреда здоровью пациента (моральная травма), находящееся в прямой или косвенной связи с проведением диагностических или реабилитационных мероприятий. Под вредом здоровью в анализируемом контексте понимаются дополнительные страдания, причиненные изоляцией, неблагоприятными условиями оказания психиатрической помощи и ее содержанием, не соответствующим законодательно утвержденным принципам.

Таким образом, стигматизация является ятрогенной причиной вреда здоровью больного. В психиатрической практике из всего комплекса ятрогенных факторов на первом месте стоит госпитальная травма – негативное воздействие самой психиатрической больницы на самочувствие и качество жизни больных, а также дегуманизированные формы медицинской помощи, способствующие стигматизации больных. Возникающие при этом «моральные переживания» предполагают, что действия лиц, причиняющих их, должны найти ответ в сознании больного, вызвать определенную психическую (эмоциональную) реакцию.

Причинение вреда лицам с психическими расстройствами в виде нарушений их идентичности как результат стигматизирующих действий медперсонала, можно рассматривать с позиции ненадлежащей врачебной практики или некачественной медицинской помощи. Причем, скорее всего, речь в таких случаях идет о квалификации ненадлежащего врачевания как умышленного, так как врач в таких случаях понимает негуманный характер своих действий и может предвидеть возможность (вероятность) наступления неблагоприятных последствий в виде различных стигматизационных эффектов.

Таким образом, любое психиатрическое вмешательство, несущее в себе стигматизационные воздействия или невмешательство, делающее невозможным противостояние стигме (например, неиспользование психосоциальных методов), являются противоправными. С позиции гражданско-правовых отношений юридический факт причинения вреда одним лицом другому само по себе является основанием возникновения обязанности возместить причиненный вред (принцип генерального деликта), включая солидарную ответственность за совместное причинение вреда медперсоналом.

Меры, направленные на предупреждение неблагоприятных феноменов при оказании психиатрической помощи

1. Внедрение модели личностно-ориентированной психиатрии, основанной на интегративных биопсихосоциальных концепциях психических расстройств и ценностно-гуманистических подходах к больному.

2. Широкомасштабное ознакомление больных и их ближайших родственников с правом пациента на безопасную, надлежащего качества психиатрическую помощь и правом на возмещение причиненного ему вреда вследствие незаконного помещения в психиатрическое учреждение, несоздание безопасных условий оказания психиатрической помощи или разглашения конфиденциальных сведений о больном.

3. Создание предпосылок и условий для четкой реализации при оказании психиатрической

помощи основных, предусмотренных законом принципов: законности, гуманности, соблюдения прав человека и гражданина, добровольности, доступности и в соответствии с современным уровнем научных знаний, необходимости и достаточности методов лечения с минимальными социально-правовыми ограничениями.

4. Создание адекватных механизмов реализации государственных гарантий в области защиты прав, свобод и законных интересов психически больных.

5. Использование мер физического ограничения и изоляции в отделениях закрытого типа только по отношению к больным с тяжелыми психическими расстройствами, представляющим непосредственную угрозу совершения общественно опасных действий.

6. Использование прогрессивных реабилитационных технологий, снижающих риск причинения вреда больному.

В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова, О.В. Абрамов, И.В. Жигулина, Г.Г. Пуятин

ЕТИКО-ПРАВОВІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНЮВАННЯ НЕДОБРОВІЛЬНИХ МІР ТА РИЗИКУ ПРИЧИННЯ ШКОДИ ХВОРОМУ ПРИ ПСИХІАТРИЧНОМУ ВТРУЧАННІ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Авторами запропоновані засновані на об'єктивних показниках та етико-правових нормах алгоритми надання психіатричної допомоги, спрямовані на більш раціональне використання недобровільних форм психіатричного втручання. Уточнені форми та роль ризиків причиння шкоди хворому під час надання психіатричної допомоги, що дозволяє прийняти заходи, спрямовані на попередження несприятливих феноменів, що супроводжують психіатричне втручання. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2011. — № 1 (26). — С. 9-23).

V.A. Abramov, T.L. Ryapolova, O.V. Abramov, I.V.Zhygulina, G.G.Putyatin

ETHIC-LEGAL APPROACHES TO THE ASSESSMENT OF THE UNVOLUNTARY MEASURES AND RISK OF THE CAUSED HARM DUE TO PSYCHIATRIC INTERVENTION

Donetsk National Medical University named after M.Gorkiy

Authors have been suggested based on objective data and ethic-legal norms the algorithms of psychiatric help directed at more rational use of involuntary forms of psychiatric intervention. Forms and role of the risk of the caused harm to the patient due to provided psychiatric help are clarified. It directed at the prevention of the unfavorable phenomena which accompany to the psychiatric intervention. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 1 (26). — P. 9-23).

Литература

1. Закон України «Про психіатричну допомогу»
2. Конституція України із змінами і доповненнями, внесеними Законами України від 8 грудня 2004 року №2222-IV, від 1 лютого 2011 року №2952-VI.
3. Бурлакова Н. Г. Правовая природа дел о принудительной госпитализации граждан в медицинский стационар // Медицинское право. - 2006. - №2. - С. 28 - 34.
4. Лапшин О. В. Недобровольная госпитализация психически больных в законодательстве России и Соединенных Штатов // Независимый психиатрический журнал. - 2003. - № 4. - С. 26 - 37.
5. Блохина О.А. Психологические аспекты стигматизации больных шизофренией / О. А. Блохина, С. Н. Ениколопов, С. А. Судаков, Я. С. Оруджев // Психиатрия. - 2005. - № 1 (13). - С. 26 - 30.
6. Серебрянская Л. Я. Социально-психологические факторы

стигматизации психически больных / Л. Я. Серебрянская, В. С. Ястребов, С. Н. Ениколопов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. - 2002. - № 9. - С. 59 - 66.

7. Byrne P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it // Advances of Psychiatric Treatment. - 2000. - Vol. 6. - P. 65 - 72.

8. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией // В.А. Абрамов, И.В. Жигулина, Т.Л. Ряполова. - Донецк, «Каштан». - 2009. - 583 с.

9. Насинник О. А. Психосоциальная реабилитация в период неотложной и принудительной госпитализации // Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2009. - № 1(21). - С. 17 - 25.

10. Европейский план действий по охране психического здоровья. Проблемы и пути решения // Социальная и клиническая психиатрия. - 2005. - № 3. - С. 94 - 102.

Поступила в редакцию 19.04.2011

УДК: 616.895.8-05

*Е.М. Денисов***МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: метаболический синдром, параноидная шизофрения.

Метаболический синдром (МС) представляет собой комплекс патогенетически взаимосвязанных нарушений углеводного, липидного обмена, абдоминальное ожирение (АО), повышение артериального давления (АД), нарушение гемостаза. По оценке Международной федерации диабета (IDF), наличие МС, диагностированного в соответствии с современными критериями, увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в 3 раза, а сахарного диабета (СД) второго типа в 5 раз [12].

Сердечно-сосудистая патология и СД на сегодняшний день, являются ведущей причиной смерти в различных странах, несмотря на заметный прогресс в диагностике и лечении этих заболеваний [19, 29]. По данным ряда исследований, смертность от ССЗ среди страдающих шизофренией составляет порядка 50% [32, 17, 2]. Как указывает А.Б. Смулевич (2005) [10], причиной повышения смертности от кардиальной патологии у больных шизофренией вероятнее всего является не врожденная, генетически связанная с эндогенным заболеванием аномалия строения сердечно-сосудистой системы, а более неблагоприятное течение ишемической болезни сердца (ИБС).

Некоторыми авторами было выявлено, что распространенность нарушений толерантности к глюкозе, инсулинорезистентности и СД среди больных шизофренией в 2-4 раза выше, чем в общей популяции [18, 31, 3].

В свою очередь своевременное выявление и лечение МС является основой профилактики развития ССЗ и СД, т.к. на ранних стадиях это состояние является потенциально обратимым, и при соответствующем лечении можно добиться уменьшения или исчезновения выраженности его основных проявлений [11]. Как правило, МС протекает без явной клинической симптоматики и редко приводит пациента к врачу, поэтому без соответствующих организационных мер, направленных на его своевременное выявление, профилактика и лечение МС невозможны [3].

По оценке IDF до 20-25% взрослого населения страдают МС [12]. При этом распространенность МС значительно варьирует в разных странах из-за расовых, генетических, социально-экономических, поведенческих различий [6]. В Европе частота МС среди мужчин была выше, чем среди женщин [14]. В США МС выявлялся среди мужчин и женщин в равном соотношении [22]. Во всех популяциях отмечается рост МС с возрастом [35, 28].

Впервые исследования распространенности МС среди больных шизофренией появились в США. Большой научный резонанс получили данные американского исследования эффективности применения антипсихотиков у больных шизофренией – CATIE [29, 30]. В этом исследовании во время стартового обследования МС был выявлен у 40% больных. При сопоставлении полученных данных с результатами эпидемиологического исследования NHANES частоты МС среди населения США было обнаружено, что показатели распространенности МС среди больных шизофренией в 2 раза были выше [22].

Подобные данные были получены в Канаде и странах Западной Европы [23, 19, 20, 15]. Результаты первых исследований распространенности МС в России среди больных шизофренией свидетельствовали о более высокой распространенности – 46% [4, 8].

Для больных шизофренией проблема метаболических нарушений особенно актуальна, в связи с наличием специфических для этой группы пациентов факторов риска: влияние психопатологических симптомов, прием антипсихотиков, возможное единство патогенетических механизмов развития расстройства обмена веществ и шизофрении [8].

Наличие у больных шизофренией таких психопатологических нарушений, как бредовые идеи, галлюцинации, тревога, депрессия [21, 34], а также значимый стресс [5], могут приводить к развитию МС за счет активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, что в